

患者	氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	カルテ番号		
傷病の内容	傷病名	ア. 入院・通院・手術の原因となった病名 <small>ケガの場合受傷部位・状態も記入ください。悪性新生物の場合裏面もご記入ください。</small>		ICD-10 コード	当該疾病の初診日 年 月 日	
		□厚生労働省が指定する特定疾患（難病）に該当する。				
		イ. アの原因	入院の必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ICD-10 コード	当該疾病の初診日 年 月 日	
		ウ. 入院中に治療を行った合併症 (入院加療の必要あり)	ICD-10 コード	単独で入院を必要とした期間 年 月 日～ 年 月 日		
		前医または紹介医 医療機関名	医師名 先生	病名	治療期間 年 月～ 年 月	
	既往症・持病 医療機関名	医師名 先生	病名	治療期間 年 月～ 年 月		
	初診までの経過（前医がある場合は前医からの具体的な治療歴の情報を記入してください。）					
	初診時の所見および経過（検査内容および検査成績、治療内容、投薬等）					
受診日等	治療期間	初診 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 現在加療中	治療が中断された期間 年 月 日～ 年 月 日		
	入院	① 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 退院（継続入院なし）	③ 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 退院（継続入院なし）	
		② 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 退院（継続入院なし）	④ 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 退院（継続入院なし）	
		救急救命入院または集中治療室管理の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診療報酬点数特定入院料区分番号 A -)				
	通院	上記病名ア. およびイ. に関わる通院治療日（往診日を含む）について ○印を付けてください。（妊娠・出産に関する疾病は健康保険が適用する場合のみ）		年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日
		月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日
		月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日
		月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日
		月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	計 日
	手術	手術日	手術名	診療報酬点数手術区分番号	手術の原因となった傷病名	
① 年 月 日			K - (J -)			
② 年 月 日			K - (J -)			
③ 年 月 日			K - (J -)			
放射線先進医療	期間： 年 月 日～ 年 月 日	部位：	総線量	グレイ		
	(診療報酬点数 <input type="checkbox"/> M -) <input type="checkbox"/> 体外照射	<input type="checkbox"/> 定位照射	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	技術名：	受療者が負担した技術料： 円				
ケガ固有の事項	期間： 年 月 日～ 年 月 日	実施回数	回			
	先進医療実施前後の検査・経過観察期間：	年 月 日～ 年 月 日				
	受傷の原因（患者の申告内容）					
	受傷日 年 月 日	固定具名	使用期間	手首または足首を <input type="checkbox"/> 含む固定あり		
	固定具を常時装着した期間 常時装着とは、日常生活全般において「固定具」を常に使用している状態をいい、「入浴時のみ固定具を取り外す場合」、「入浴時および就寝時のみ固定具を外す場合」等の状態を含みます。	固定具名	使用期間	手首または足首を <input type="checkbox"/> 含む固定あり		
後遺障害残存の見込み <input type="checkbox"/> あり → ありの場合の具体的内容： <input type="checkbox"/> なし						
医学的他覚所見の有無、検査結果		X線 異常 <input type="checkbox"/> なし 頸部症候群（むちうち症）、腰痛、その他の症状を訴えている場合 <input type="checkbox"/> あり ()	その他 異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			

医学的他覚所見とは、理学的検査（視診、打診、聴診、触診）、神経学的検査（知覚検査、腱反射、筋力テスト等）、臨床検査（脳波、筋電図等の生理的機能検査）、画像検査（レントゲン、CT、MRI）等により認められる異常所見をさします。

上記のとおり診断します。

所在地：〒

年 月 日

医療機関：

科

悪性新生物※の場合裏面もご記入ください。

※上皮内新生物、真正赤血球増加症（多血症）、骨髄異形成症候群、リンパ組織、造血組織および関連組織の症状不詳または不明のその他の新生物（D47）のうち、慢性骨髄増殖性疾患・本態性（出血性）血小板血症

電話番号： - -

医師氏名：

印

保険金を請求される方へ 「がん診断」 および「抗がん剤」を請求されない場合は記入不要ですので、その旨をご説明ください。

○傷病名が悪性新生物※(ガン)の場合 「がん診断」 および「抗がん剤」を請求される場合のみ必要となります。

※上皮内新生物、真正赤血球増加症(多血症)、骨髄異形成症候群、リンパ組織、造血組織および関連組織の症状不詳または不明のその他の新生物(D47)のうち、慢性骨髄増殖性疾患・本態性(出血性)血小板血症

悪性新生物としての確定診断日	年 月 日	病理組織診断名											
上記悪性新生物の発生原因	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> 再発												
診断確定の根拠となった所見 (悪性新生物の診断確定までに実施された検査項目及び検査結果)	検査項目	検査結果判明日	検査結果の概要										
	ア. 病理組織学的検査	年 月 日											
	イ. 細胞学的検査	年 月 日											
	ウ. 内視鏡検査	年 月 日											
	エ. 放射線学的検査	年 月 日	主な検査名 その結果										
	オ. その他の検査	年 月 日	主な検査名 その結果										
紹介医の悪性新生物としての診断確定の有無 (有 ・ 無 ・ 不明)													
悪性新生物の治療歴	有 ・ 無	傷病名											
		医療機関名 担当医師名											
		治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
		今回の傷病への転移の有無 (有 ・ 無 ・ 不明)											
病名告知	本人	病名告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	家族	病名告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日に(病名)と告げた								
抗悪性腫瘍剤 ホルモン療法等	①	薬剤名											
		種類	<input type="checkbox"/> 抗悪性腫瘍薬 <input type="checkbox"/> 内分泌療法(ホルモン療法) <input type="checkbox"/> 免疫賦活薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 治療用放射線医薬品										
		健康保険適用	有 ・ 無										
		治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中										
	②	薬剤名											
		種類	<input type="checkbox"/> 抗悪性腫瘍薬 <input type="checkbox"/> 内分泌療法(ホルモン療法) <input type="checkbox"/> 免疫賦活薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 治療用放射線医薬品										
		健康保険適用	有 ・ 無										
		治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中										
化学療法(抗悪性腫瘍薬、ホルモン療法など)による入院または通院治療のあった月(経口投与以外) ※入院または通院治療のあった月に○をつけてください。	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
化学療法・ホルモン療法による経口投与期間	①	年	月	日	~	年	月	日					
	②	年	月	日	~	年	月	日					

上記の通り診断致します。

年 月 日

所在地 〒

病院

科

電話番号

医師氏名

印